

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 146

DES

Ruptures de la Cloison recto-vaginale AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉSISTANCE ANORMALE
DU PÉRINÉE ET LE VAGINISME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1923

PAR

Jean-Antoine-Rémy FÉTIS

Né à CHAMPNIERS (Charente) le 5 août 1897

Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur, *Président.*

LAGRANGE, professeur.

PÉRY, agrégé.

TEULIÈRES, agrégé.

Juges.

BERGERAC

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)

PLACE DES DEUX-CONILS

1923

DES RUPTURES DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Leurs rapports avec la résistance anormale
du périnée et le vaginisme

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 146

DES

Ruptures de la Cloison recto-vaginale AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉSISTANCE ANORMALE
DU PÉRINÉE ET LE VAGINISME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1923

PAR

Jean-Antoine-Rémy FÉTIS

Né à CHAMPNIERS (Charente) le 5 août 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges.</i>
		LAGRANGE, professeur.		
		PÉRY, agrégé.		
		TEULIÈRES, agrégé.		

BERGERAC

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)

PLACE DES DEUX-CONILS

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MM. SIGALAS . . . Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
id.	VILLAR.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique gén.	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale..	DENIGES.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie	PICQUE	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Hygiène	AUCHE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Médecine légale et déontologie .	VERGER.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale..	BEILLE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturell.	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id. id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIE.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	VENOT.	Chimie	RANGIER.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pathologie interne	CREYX.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie externe	PAPIN.
Périculture	ANDERODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle

MM. ROCHER.
GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. FAUGÈRE

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Bordeaux*

Chargé du cours complémentaire d'accouchements

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

En témoignage de ma gratitude avec
mes respectueux hommages.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions quitter la faculté de Médecine de Bordeaux sans remplir un devoir agréable.

Qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements et l'assurance de notre reconnaissance à tous nos maîtres de la faculté et des hôpitaux.

Nous n'oublierons pas les leçons reçues dans les cliniques de MM. les professeurs Moussous, Arnozan, Cassaët, Chavannaz.

M. le Professeur agrégé Rocher nous a appris la chirurgie infantile. Nous ne saurions trop le remercier de la constante bienveillance qu'il a eue pour nous.

MM. les Professeurs Sabrazès, Petges et Cabannes ont toujours allié à leur haute compétence la plus grande indulgence pour nous. Nous les assurons de toute notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier ceux qui ont bien voulu nous prêter leur aide pour l'élaboration de ce modeste travail et en particulier M. le Professeur agrégé Péry qui nous a obligeamment communiqué les observations qu'il avait recueillies sur ce sujet.

M. le Professeur agrégé Faugère a guidé nos premiers pas en obstétrique. A lui revient l'idée de ce travail pour lequel il ne nous a pas ménagé les conseils. Nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance et nous nous excusons de ne pas nous être montré à la hauteur de notre tâche.

Nous ne voulons pas terminer sans adresser nos sincères remerciements à M. le Professeur Rivière. L'année passée dans son service compte parmi les plus fructueuses de nos études. Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il reçoive nos plus respectueux hommages.

INTRODUCTION

La rupture de la cloison recto-vaginale, indépendante de toute déchirure périnéale, est une lésion assez rare et qui n'a guère été étudiée. Frappé de la coexistence fréquente du vaginisme, nous avons voulu voir s'il n'y avait que coexistence ou si le vaginisme ne pouvait pas plutôt être la cause de la rupture.

Il semble bien que cette dernière hypothèse soit la bonne. Nous n'avons cependant pas la prétention de vouloir attribuer toutes les ruptures de la cloison recto-vaginale au vaginisme.

Pour la commodité de l'étude que nous avons entreprise, nous avons adopté le plan suivant :

- Chapitre I. — Anatomie du plancher périnéal obstétrical.
 - II. — Du vaginisme.
 - III. — Les ruptures de la cloison recto-vaginale.
 - IV. — Leurs symptômes.
 - V. — Leur traitement.
-

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU PLANCHER PÉRINÉAL OBSTÉTRICAL

On entend par périnée l'ensemble des parties molles qui ferment en bas la cavité pelvienne. Il est formé par plusieurs plans superposés de muscles et d'aponévroses traversés en arrière par le rectum, en avant par le conduit urogénital.

Nous n'avons pas l'intention de donner une description complète et détaillée du périnée. Nous laisserons de côté les aponévroses et les plans superficiels pour ne nous occuper que des plans musculaires et plus particulièrement des muscles profonds.

Ces muscles constituent par leur ensemble un véritable plancher : le plancher périnéal formé par les deux muscles releveurs de l'anus et les deux ischio-coccygiens.

Le premier auteur qui ait eu la conception précise de ce diaphragme est P. Dubois qui écrit en 1849 dans son traité de l'art complet des accouchements : « Au point de vue de la part qu'ils prennent à l'accomplissement des excrétions fécale et urinaire, la description collective de ces quatre muscles est déjà convenable parceque leur action est toujours simultanée et leur but et leurs effets communs. Au point de vue de leurs autres usages et en particulier du rôle qu'ils accomplissent à l'égard de l'accouchement, cette communauté nécessaire et constante d'action est plus évidente encore. »

Farabeuf rattacha l'ischio-coccygien au releveur de l'anús et lui donna le nom de releveur coccy-périnéal.

En 1888, Varnier consacra une partie de sa thèse à l'étude de ce muscle dont il divise les faisceaux en plusieurs groupes au point de vue de leurs insertions :

« Les fibres nées de la face interne, des bords de l'épine sciatique et du sommet du petit ligament sacro-sciatique vont en divergeant s'attacher à toute l'étendue des bords du coccyx et un peu aussi à la face antérieure de cet os constituant la partie ischio-coccygienne du muscle releveur coccy-périnéal.

Les autres faisceaux s'insèrent en grande partie sur une longue arcade fibreuse qui s'étend de l'épine sciatique vers le pubis, puis à la partie inférieure du corps du pubis et à la partie correspondante de sa branche horizontale.

Les faisceaux nés de la bandelette fibreuse de l'aponévrose de l'obturateur interne convergent en arrière vers la pointe et les bords latéraux du coccyx.

Quant aux fibres, de beaucoup les plus solides, qui naissent du pubis, elles peuvent être divisées en trois faisceaux :

Les faisceaux pubo-précoccygiens qui vont s'insérer à un petit carré fibreux précoccygien qui les rend indissociables ;

Les faisceaux pubo-rétro-anaux qui s'entrecroisent sur la ligne médiane et sont dissociables ;

Les faisceaux pubo-coccygiens qui vont s'insérer par deux tendons devant la quatrième pièce du coccyx ;

Enfin les fibres les plus superficielles, celles qui naissent tout à fait en avant, vont comme s'entrecroiser entre la vulve et l'anús.

Ainsi la plus grande partie des nombreux faisceaux pubiens vont se rendre au coccyx et on peut se représenter le releveur périnéal comme un diaphragme concave en haut, infundibuliforme, ouvert d'une large fente médiane antérieure où passent urèthre, vagin et rectum et que le fœtus doit forcer nécessairement et traverser avant d'aborder la

vulve. Cette fente fut appelée pubo-coccygienne par Farabeuf. »

En 1891, Bonnaire publia une étude du périnée obstétrical dans la gazette des hôpitaux :

« Ces muscles s'insèrent suivant une ligne qui part de la face postérieure du pubis ; de là elle se continue par la bandelette pubio-sciatique et répond ensuite à l'épine sciatique et au petit ligament sacro-sciatique. Les fibres musculaires convergent en dedans sous forme d'éventail. Les antérieures embrassent, à angle droit, comme d'un collier, les bords latéraux et la face postérieure du vagin : les unes se fixent aux parois de ce canal, les autres s'entrecroisent avec celles du côté opposé. Les fibres latérales d'une part s'entremêlent avec celles du sphincter externe du rectum, d'autre part, s'attachent au raphé fibreux ano-coccygien. Enfin les postérieures se fixent à la face antérieure du coccyx. »

Plus récemment, Devraigne et Descomps ont démontré par des dissections que la fente pubo-coccygienne n'existe pas. Ils décrivent une fente pubo-préanale ou pubo-rétrovulvaire formée par les releveurs de l'anus. Ils décrivent le releveur de l'anus comme formé par trois faisceaux :

Un faisceau ischiatique qui va en partie à la pointe du coccyx, en partie au raphé ano-coccygien ;

Un faisceau iliaque qui va au raphé ;

Un faisceau pubien qui se subdivise en trois faisceaux : un supérieur ou interne, anal ; un supérieur et un inférieur précoccygiens. Les faisceaux pubo-anaux sont les plus forts.

Devraigne et Descomps rapprochent des releveurs le sphincter externe de l'anus et donnent à cet ensemble de muscles le nom de sangle précoccygienne à laquelle ils opposent une sangle coccygienne formée d'arrière en avant par les muscles grands fessiers, les grands et les petits ligaments sciatiques, les muscles ischio-coccygiens.

La sangle précoccygienne est très extensible, très élastique et sera surdistendue pendant l'accouchement. Au contraire, la sangle coccygienne est épaisse, solide, peu mus-

clée, peu extensible, peu élastique ; aussi l'ampliation du périnée lors de l'accouchement se réduit-elle presque en ce point à la rétropulsion du coccyx dont cette sangle est un puissant moyen de contention.

D'après Budin qui fit des études expérimentales sur la contraction de ces muscles, il existerait d'assez grandes variations individuelles tenant à la prédominance plus ou moins marquée du développement de certains faisceaux du muscle releveur de l'anüs.

En plus de cette couche musculaire profonde, il existe d'autres muscles plus superficiels : le constricteur vulvaire, anneau musculaire enveloppant les bulbes du vagin ;

Le transverse du périnée, les deux muscles de ce nom réunissent l'un à l'autre les deux ischions.

L'ischio-caverneux enveloppe le long des branches ischio-pubiennes la racine des corps caverneux.

Ces muscles superficiels sont bien moins puissants que les muscles formant la couche profonde et de ce fait ne risquent guère d'être des causes de dystocie.

Si nous considérons maintenant les rapports du vagin, nous voyons que dans sa partie inférieure, il est entouré par des faisceaux du muscle releveur de l'anüs au dessous desquels il se fusionne avec les plans du périnée. Au-dessus de ce muscle, le vagin est en rapport en avant avec la vessie, sur les côtés avec l'espace sous-péritonéal, en arrière avec le rectum,

Le vagin et le rectum en s'adossant forment la cloison recto-vaginale ; mince à sa partie supérieure cette cloison s'épaissit de plus en plus en bas par suite de l'écartement des deux parois qui la composent et dans l'intervalle desquelles est situé le corps périnéal.

CHAPITRE II

DU VAGINISME

Le vaginisme est un état morbide caractérisé par l'hyperesthésie de la vulve et du vagin entraînant presque toujours la contracture spasmodique des muscles de la région. Ceux qui entrent en contracture sont surtout le constricteur vulvaire et le releveur de l'anus. Mais de même que l'on peut voir de l'hyperesthésie sans contracture, on peut voir de la contracture sans hyperesthésie.

Historique.

L'étude du vaginisme n'est pas très ancienne. Cette affection fut en effet décrite pour la première fois en 1834 par Ilugnier dans sa thèse inaugurale sous le titre de « Contraction spasmodique du vagin ». Il faut citer ensuite Hervez de Chegoin 1847, Scanzoni 1858. Mais c'est Marion Sims qui en 1862 à Londres en fit une description complète et lui donna son nom. Depuis de nombreux travaux ont été publiés parmi lesquels les thèses de Visca, Lutaud, Daude, Gillard, Dubois, Carrière et Davet qui s'occupa particulièrement de la dystocie que pouvait apporter le releveur de l'anus.

Étiologie.

Deux conditions sont nécessaires à la production du vaginisme :

- 1° Une grande excitabilité nerveuse de la femme.

2° Une irritation des organes génitaux qui donne lieu à des réflexes exagérés du côté des nerfs sensitifs et moteurs produisant de l'hyperesthésie et de la contracture.

Le vaginisme essentiel ou idiopathique n'existe probablement pas ; le point de départ du réflexe peut simplement rester ignoré.

Parmi les causes d'irritation, on peut citer toutes les fissures vulvaires, les excoriations, les écorchures de l'hymen et des lèvres, les lésions inflammatoires, les végétations vulvaires, les polypes de l'urèthre, quelquefois la fissure à l'anus, les hémorroïdes, les lésions utéro-annexielles.

On a vu cependant le vaginisme se produire chez des femmes ne présentant aucune excitabilité nerveuse spéciale. De même malgré toutes les recherches faites pour dépister la cause locale, on n'arrive pas quelquefois à découvrir la plus petite lésion et c'est ainsi que Richelot cite un cas où un vaginisme rebelle à tout traitement fut guéri à son grand étonnement par l'ablation de l'appendice rendue nécessaire par des accidents de ce côté ; opération faite sans penser qu'elle puisse avoir une influence heureuse sur l'évolution du vaginisme.

Le plus souvent ce sont des femmes jeunes, nullipares, qui sont atteintes de cette affection souvent guérie par l'accouchement. Il n'en est cependant pas toujours ainsi et dans une observation, relatée par Dubois, une femme fut atteinte de vaginisme dans les derniers mois de sa première grossesse. L'accouchement fut tout à fait normal et le vaginisme disparut. Seconde grossesse dans les derniers mois de laquelle le vaginisme fait de nouveau son apparition mais pour persister cette fois après l'accouchement.

Le vaginisme supérieur.

Le vaginisme a été divisé topographiquement en inférieur et supérieur suivant lequel, du constricteur vulvaire ou du releveur est seul le siège de la contracture.

Certains gynécologistes considèrent le vaginisme supérieur comme exceptionnel ou même le nient en disant que l'on peut le considérer comme volontaire. Nous ne nous occuperons cependant que de lui car, outre qu'il existe des observations probantes de vaginisme supérieur non volontaire, la contracture du constricteur vulvaire, muscle peu puissant, est insuffisante pour apporter une gêne sérieuse à l'accouchement, tandis que le releveur de l'anus contracturé, muscle très puissant, particulièrement développé chez certaines femmes peut être une cause importante de dystocie ainsi qu'il ressort de la thèse de Davet et des quelques observations que nous avons pu réunir dans cette thèse.

Scanzoni en 1860 parle le premier de contracture du releveur de l'anus. Il lui attribue la stérilité souvent constatée chez les femmes atteintes de vaginisme.

En 1870, Visca écrit dans sa thèse : « On a trouvé que quelquefois les symptômes du spasme vaginal se passent seulement dans la moitié supérieure de ce conduit : douleur rendant le coït difficile, impossible même ; le doigt pénètre difficilement dans cette partie du vagin ; on sent le spasme et on n'arrive au col utérin qu'en déterminant des douleurs atroces, tandis que les symptômes à la région vulvaire et à la moitié inférieure du vagin sont peu accusés ou même nuls ». Visca cite une observation de Péan où on ne trouvait rien au constricteur vulvaire alors que le doigt éprouvait une résistance au toucher à la moitié supérieure du vagin.

En 1881 Budin fit sur le releveur de l'anus un travail complété en 1886 dans son livre : *Obstétrique et Gynécologie*. Il publie trois observations : dans les deux premières, le doigt après avoir franchi facilement l'orifice vaginal, sentait un anneau rigide rétrécissant le vagin ; tout le plancher périnéal était soulevé, mais cet anneau rigide était produit volontairement et le toucher n'était pas douloureux. Il n'existait donc pas de vaginisme à proprement parler.

Dans la troisième, au contraire, il s'agissait d'une femme

mariée depuis deux ans, n'ayant eu qu'un seul rapport sexuel très douloureux. Au toucher, le doigt franchissait facilement l'orifice vaginal, mais, au-dessus et en arrière, il rencontrait un anneau très étroit qu'il franchissait avec peine ; il était serré et appliqué contre la symphyse pubienne. On sentait très nettement le muscle releveur de l'anus contracté et soulevé tout entier.

De ces observations, Budin concluait : « Il n'y a évidemment qu'un seul muscle, le releveur de l'anus lorsqu'il est très développé chez certaines femmes, qui puisse en se contractant soulever ainsi le plancher du bassin et former un véritable anneau autour du vagin, à une certaine distance au dessus de son orifice. Le siège du constricteur vulvaire est différent et ses fibres sont en général assez faibles. »

Budin étudia la question au point de vue expérimental. Ses expériences ont montré qu'au moment de la contraction du releveur de l'anus la paroi postérieure du vagin est entraînée d'arrière en avant, qu'elle est rapprochée de la symphyse pubienne : il y a un véritable anneau périvaginal.

Chez un certain nombre de femmes le muscle releveur agissait de façon différente. Il n'y avait pas formation d'un anneau limité autour du vagin, mais toute la paroi postérieure de ce canal formant comme une large sangle était soulevée sur une grande hauteur et rapprochée de la paroi antérieure.

Il est probable que s'il existe ainsi des différences de contraction chez les femmes ayant le muscle releveur particulièrement développé, cela est dû à la prédominance du développement de certains faisceaux. La formation d'un anneau périvaginal serait la conséquence du développement exagéré du faisceau dont les fibres se croisent entre le rectum et le vagin. Lorsque toute la paroi postérieure du vagin est portée en avant, cela serait le fait surtout de l'ischio-coccygien dont les fibres très développées iraient s'insérer assez haut en arrière sur le sacrum.

Le vaginisme peut-il être une cause de dystocie ?

La résistance due aux parties molles a été signalée depuis longtemps. Puzos en parle en 1759 dans son « traité des accouchements ». En 1856, dans son « traité théorique et pratique de l'art des accouchements », Cazeaux écrit : « Il est très fréquent, surtout chez les primipares fortes et bien musclées, de voir le travail marcher d'abord très régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout à coup être complètement arrêtée. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie, mais malgré leur violence, la tête peut rester là pendant plusieurs heures sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due à la contraction trop violente des muscles qui entrent dans sa composition ».

Mais c'est Revillout qui le premier publia en 1874 une observation très nette de dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus. L'anneau périvaginal formé par les releveurs contracturés fut pris pour une cicatrice et incisé ce qui causa la mort de la femme. Peu de temps après, Revillout eut l'occasion d'en observer un autre cas. De ses deux observations, il concluait : « Cette contracture est due aux faisceaux moyens du muscle releveur de l'anus qui sont de puissants constricteurs du vagin ».

Quelques années plus tard, Benicke publiait un travail sur le même sujet. Il rapportait une observation où malgré l'anesthésie chloroformique, la contracture du releveur ne céda pas. Le forceps n'arriva pas non plus à la vaincre et Benicke fut obligé de pratiquer une cranioclasie sur un enfant encore vivant, non sans avoir de sérieuses difficultés pour l'extraction des épaules.

Puis Budin publia en 1886 une observation où la tête dernière fut retenue vingt minutes par les releveurs contracturés et cela malgré les fortes tractions exercées.

Davet put réunir quelques cas dans sa thèse mais la dys-

tocie s'y borna à nécessiter l'anesthésie chloroformique et le forceps.

Par contre, Jasper Cargill relatant en 1893 l'observation d'une jeune négresse atteinte de vaginisme intense, termine en disant que si on n'avait eu recours au chloroforme, la rupture utérine était imminente.

De son côté Delcroix écrit dans sa thèse : « Quand la tête fœtale est incapable de vaincre la résistance du releveur de l'anus, elle peut défoncer la paroi postérieure du vagin et saillir en arrière de la vulve par une déchirure centrale du périnée ».

Nous allons y ajouter quelques observations de rupture de la cloison recto-vaginale.

CHAPITRE III

RUPTURES DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Nous entendrons sous ce titre des communications spontanées se produisant lors de l'accouchement entre le vagin et le rectum et indépendantes de toute lésion vulvo-périnéale.

Nous éliminons ainsi : les perforations instrumentales ou consécutives à l'élimination de tissus sphacelés ; les déchirures traumatiques dues aux cuillers du forceps ou du basiotribe labourant cette paroi lors de l'extraction et enfin les déchirures qui ne sont que l'extension de lésions périméales à la cloison recto-vaginale.

Nous allons d'abord étudier leur siège, puis leur étiologie et leur pathogénie.

Siège.

Les ruptures de la cloison recto-vaginale se présentent sous forme de sillons antéro-postérieurs dont les bords sont le plus souvent nets. Elles ne se produisent pas en n'importe quel point de la paroi postérieure du vagin. Il est en effet très rare qu'elles siègent sur le milieu de cette paroi. Le vagin est en effet renforcé en ce point par la colonne postérieure. Au contraire, de chaque côté de cette colonne existe une gouttière longitudinale au niveau de laquelle le vagin présente son minimum d'épaisseur. C'est

au niveau de ces gouttières que se produisent les ruptures spontanées de la cloison recto-vaginale.

« Pour mon compte, dit Bar, après avoir examiné un grand nombre de femmes, je n'ai jamais vu de déchirure spontanée siégeant franchement sur la ligne médiane, c'est-à-dire sur la colonne postérieure. Je crois donc tenir pour exceptionnelle cette lésion ».

Freund cependant rapporte avoir vu deux fois se produire spontanément sur la colonne postérieure des déchirures longitudinales mesurant de deux à trois centimètres, mais dans les deux cas, cette disposition anormale avait sa cause dans l'existence d'un sillon congénital qui dédoublait la colonne postérieure.

Étiologie.

Les ruptures spontanées de la cloison recto-vaginale peuvent être favorisées par des causes locales créant une moindre élasticité du vagin. Les cicatrices, les sténoses, les cloisonnements épais créent des points moins élastiques et partant moins résistants. Il faut tenir compte aussi de la friabilité des tissus constatée chez certaines femmes.

Il existe une variété spéciale de vagin appelé vagin infantile qui favorise les ruptures. Lorsque dans cet état, on pratique le toucher vaginal, on a la sensation d'un conduit court, étroit, qui se prête mal à la dilatation. Le cul de sac postérieur est sans profondeur, il forme comme une sangle résistante qui bride le doigt lorsqu'on cherche à atteindre le promontoire.

Cette brièveté du vagin coïncide souvent avec une insuffisance de développement du rectum qui forme avec le vagin une cloison mince, peu résistante. On conçoit aisément qu'il y ait dans ces cas une diminution remarquable de l'élasticité.

Freund a de plus constaté qu'il y avait souvent coexistence de vaginisme.

Pathogénie.

L'excès de volume de la tête fœtale peut être une cause de rupture, de même que les contractions utérines exagérées expulsant rapidement le fœtus et ne donnant pas au vagin le temps de se dilater. Au moment de la déflexion de la tête, les bosses frontales augmentant brusquement la distension, seraient la cause de la rupture.

Mais ce ne peut être là la cause unique, car les ruptures de la cloison recto-vaginale se voient chez les femmes ayant un vagin normalement conformé et sans que la tête fœtale ait un volume exagéré ni que l'utérus expulse trop rapidement son contenu.

Pour Freund, la rupture exigerait la fixation des parties sus et sous-jacentes.

La partie inférieure du vagin se trouve fixée par son insertion au périnée. Le partie supérieure est fixée à l'utérus.

Si on considère un accouchement normal, on voit que la présentation descendant suivant l'axe du détroit supérieur, qui tombe sur la deuxième vertèbre coccygienne, va s'enfoncer, se mouler dans la région anale au point qu'il semble que l'accouchement va se faire par l'anus. Or, la boutonnière de sortie des releveurs est en haut et en avant par rapport à la présentation qui doit nécessairement changer de direction pour se dégager. A ce moment, la paroi vaginale postérieure subit une distension énorme et l'on comprend bien que pour peu qu'il existe un point moins résistant, toute cause augmentant cette distension va être une cause de rupture.

Lorsqu'on suit attentivement une expulsion normale on voit à chaque contraction la tête apparaître à la vulve puis dès que la contraction cesse la tête disparaît pour réapparaître de nouveau à la contraction suivante et il en est ainsi autant de fois que le nécessite la dilatation du détroit inférieur constitué par les muscles périnéaux. Cette période a une durée très variable du fait de l'existence de deux

facteurs variables eux-mêmes : d'un côté, l'utérus qui se contracte plus ou moins fortement ; de l'autre côté les muscles périnéaux qui résistent plus ou moins. Il existe à ce dernier point de vue de grandes variations individuelles dans la force de ces muscles.

Si ces muscles, étant très puissants, ne cèdent que très lentement, l'utérus va augmenter la force et la durée de ses contractions, il va chercher à expulser coûte que coûte son contenu. Ce dernier ne passant pas au travers du détroit inférieur, l'utérus va tasser le fœtus de plus en plus. La paroi vaginale postérieure va de ce fait se distendre de plus en plus. Si les muscles du périnée ne cèdent toujours pas, l'utérus va remonter peu à peu au dessus du fœtus comme cela se produit chaque fois qu'un contenant mobile se contracte sur un contenu arrondi et fixe en partie en dehors du contenant. Mais alors l'utérus va tirer sur le vagin et la situation de la cloison recto-vaginale va être la suivante :

A sa partie inférieure elle est fixée au périnée et dans les cas où les muscles périnéaux sont très développés ou se trouvent dans un état augmentant leur rigidité, cette fixation du vagin va être beaucoup plus solide et plus rigide que normalement.

A sa partie moyenne elle est distendue au maximum et appliquée très fortement sur la tête fœtale qui a toujours tendance à la distendre encore davantage.

Sa partie supérieure est attirée en haut par l'utérus.

Pour pouvoir suivre l'utérus dans son ascension, il faudrait que la cloison recto-vaginale ou se distende encore davantage ou diminue sa courbure. Elle ne peut le faire parce que d'un côté la tête fœtale fortement poussée par l'utérus empêche tout redressement de courbure et de l'autre côté, elle a déjà atteint sa distension maximum.

Il ne reste qu'une solution : la rupture qui va se faire au point faible et qui sera évidemment favorisée par l'existen-

ce antérieure d'une cause quelconque de moindre résistance ou de moindre élasticité de la paroi recto-vaginale.

Les muscles du périnée peuvent ainsi, par leur résistance au passage du fœtus être la cause de la rupture de la cloison recto-vaginale. Cette résistance des muscles est à son maximum lorsqu'il existe de la contracture c'est-à-dire du vaginisme.

Dans cet état spécial la paroi postérieure du vagin est entraînée d'arrière en avant, rapprochée de la symphyse par la contracture des faisceaux pubo-anaux du releveur. La paroi recto-vaginale pour arriver à s'accoler à la concavité sacrée est obligée d'avoir une courbure plus forte ce qui augmente encore sa distension et facilite sa rupture.

Lorsque la rupture se produit malgré une application du forceps, on peut admettre que les faisceaux pubo-anaux du releveur ne cèdent pas lors des premières tractions exercées ; mais sous l'influence de ces tractions tout le périnée est attiré par l'accoucheur. La cloison recto-vaginale pour suivre est obligée de s'allonger. Etant déjà distendue au maximum elle ne peut pas faire ces nouveaux frais de distention surtout dans les cas de vagin infantile. Y parvient-elle ? Un nouvel effort va lui être aussitôt demandé, lors de la déflexion de la tête, pour le passage des bosses frontales qui peuvent alors fort bien jouer le rôle de la dernière goutte qui fait déborder la coupe.

Il semble bien que ce soit à un mécanisme analogue que l'on doit attribuer la rupture dans l'observation de Brindeau où le périnée poussé par la tête fœtale faisait une énorme saillie entre les jambes de la malade sans que la vulve ait participé à cette distension.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Suivant les cas on s'aperçoit de la rupture soit pendant l'accouchement, soit quelques jours plus tard. Ce qui s'explique par le fait que souvent il n'existe pas de lésions vulvo-périnéales et on n'est guère amené à explorer des voies génitales qui ne semblent pas avoir été lésées par l'accouchement.

D'après Jeannin il est probable que nombre de ces ruptures passent inaperçues en raison de la rapidité avec laquelle la communication entre le vagin et le rectum prend souvent fin. Si rien n'a motivé un examen de ce côté, que, ce qui est assez fréquent, la malade passe quelques jours sans selles, quelques gaz seulement peuvent très bien passer du rectum dans le vagin sans que l'on s'en aperçoive et la guérison peut ainsi survenir sans que la lésion ait été soupçonnée.

Pendant l'accouchement, la rupture a souvent une symptomatologie bruyante : c'est du liquide amniotique que l'on voit sortir par le rectum, d'autres fois un membre du fœtus, son cordon.

Mais ces symptômes n'existent pas toujours et après avoir constaté qu'il n'existe aucune lésion vulvo-périnéale, on quitte sa malade persuadé que tout va pour le mieux lorsque quelques jours après l'accouchement on s'aperçoit que les matières fécales passent par le vagin ou bien que le liquide d'une injection ressort par le rectum.

Que les symptômes soient immédiats ou tardifs, dans les deux cas, un simple toucher confirme le diagnostic surtout si l'on pratique à la fois le toucher vaginal et le toucher rectal.

Nous allons voir dans les observations qui suivent tantôt les symptômes précoces, tantôt les symptômes tardifs. Dans deux observations la rupture fut diagnostiquée lors d'un examen motivé par une épisiotomie et une déchirure périnéale coexistante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(M. Faugère)

Mme X..., primipare, 27 ans, gestation normale au septième mois. Sommet engagé en O. I. G. A. Début du travail le 14 mars 1920 à 20 heures. Dilatation complète le 15 à 12 heures 30. Après la dilatation complète, les bruits du cœur fœtal se ralentissent. Du méconium est expulsé en assez grande quantité. La rotation étant faite, je fais une application de forceps en O. P. à 13 heures. Dès les premières tractions, modérées, aidées des contractions utérines normales, je vois apparaître la tête à travers l'orifice anal. L'orifice vulvaire est intact. Je termine l'extraction sans déchirure du périnée. Lorsque je pratique le dégagement des épaules, l'épaule postérieure se voit à travers le sphincter anal.

L'enfant, du sexe masculin, est ranimé peu après. Son poids est de 3 k. 800.

Le diagnostic de rupture de la cloison recto-vaginale s'imposait.

La suture immédiate donne un succès partiel. Il reste environ un centimètre et demi de cloison à refaire. Une seconde intervention fut pratiquée deux mois après. La cloison recto-vaginale fut complètement restaurée. Les sutures pratiquées par les docteurs Roche et Faugère furent faites après dédoublement de la cloison recto-vaginale. Plan postérieur : rectal ; plan antérieur : vaginal. Le résultat fut parfait.

La malade revue en juillet 1923 est en parfait état après avoir présenté au début un peu d'impotence fonctionnelle du sphincter anal. L'enfant est bien portant.

A noter, dans les antécédents de la malade : la douleur lors des rapports sexuels au début de son mariage, douleur ayant persisté quatre mois environ. Un médecin consulté fait le diagnostic de vaginisme et trouvant un orifice vulvaire douloureux à la pression et contracturé à l'examen conseille d'attendre pour commencer une gestation. Ajoutons que ce médecin était habitué aux examens gynécologiques et obstétricaux.

Pendant la gestation, l'examen montra un massif périnéal résistant mais le toucher quoique pénible était peu douloureux.

Conclusion. — J'ai eu l'occasion d'observer un autre cas de rupture de la cloison recto-vaginale coïncidant avec du vaginisme. Dans ce deuxième cas, la rupture fut spontanée, mais s'étendit au massif périnéal.

Cette rupture peut très bien s'expliquer par le mécanisme indiqué à un chapitre précédent, par contracture des muscles du périnée ; tiraillement de la cavité vaginale ; manque d'étoffe du canal vaginal au dessus du releveur contracturé et fixant la partie inférieure de cette cavité.

OBSERVATION II

M. Péry

Il s'agit d'une primipare de vingt-quatre ans, accouchant à terme d'un enfant vivant de poids moyen et chez laquelle en raison d'un certain degré de fatigue cardiaque il devint nécessaire de faire une application de forceps au détroit inférieur. Celle-ci, facile et pratiquée sous anesthésie légère au chloroforme, ne s'accompagna pas de déchirure appréciable du périnée, tout au plus d'une légère encoche de la fourchette ; mais dès que les épaules furent extraites, on

constata l'issue par l'anus d'une anse de cordon. A l'examen, on trouvait à quatre centimètres environ au dessus de l'anus une brèche de la cloison admettant deux doigts. Je pratiquai immédiatement une suture au catgut qui malheureusement n'obtint qu'un demi succès. La malade qui avait d'abord admis la nécessité d'une opération secondaire, s'y est jusqu'à présent dérobée et conserve une fistule recto-vaginale petite qui ne la gêne pas beaucoup, mais qui évidemment n'a aucune tendance à guérir spontanément.

Cette malade dont l'enfant était seulement moyen présentait nettement du vaginisme. Le toucher chez elle était douloureux pendant la grossesse et s'accompagnait d'une véritable défense de la part de la malade.

OBSERVATION III

(Piering, cité par Jeannin)

Primipare de 41 ans présentait au moment de son accouchement un orifice vaginal très étroit et rigide. La tête de l'enfant apparaissant à la vulve et ne se dégageant pas, Piering pratiqua sur le périnée une incision de trois centimètres et chercha à expulser la tête par expression lente ; mais au moment d'une contraction utérine, la main droite de l'enfant et son avant-bras sortaient par l'anus.

L'avant-bras et la main furent rétropulsés et l'accouchement se termina par les voies naturelles à l'aide de la manœuvre de Ritgen.

L'examen de la malade, immédiatement après l'accouchement permit de constater que le périnée était resté intact depuis l'anus jusqu'à l'incision qui avait été faite. Celle-ci ne s'était pas agrandie. La déchirure occupait toute la longueur du vagin qui communiquait avec le rectum par une ouverture large comme la main.

La guérison eut lieu spontanément, sans sutures par de simples pansements à la gaze iodoformée.

Nous publions cette observation, bien qu'il n'y soit parlé ni de vaginisme ni du releveur de l'anus. Il est probable cependant qu'il s'agissait d'une contracture de ce muscle puisque une épisiotomie ne fit pas céder la rigidité constatée et n'empêcha pas la rupture de la cloison recto-vaginale.

OBSERVATION IV

(Brindeau, résumée).

Femme de vingt deux ans, primipare. Cette femme n'a jamais été malade dans sa jeunesse ; elle a marché de bonne heure et ne présente aucune trace de rachitisme. Sa grossesse a été excellente et n'a rien présenté de particulier.

Les premières douleurs apparaissent à quatre heures du matin. A six heures du soir, la femme commence à pousser ; à onze heures voyant que l'accouchement ne se terminait pas, la sage-femme nous fait appeler.

La femme a de violentes douleurs expulsives ; le périnée est distendu d'une façon énorme, sa couleur est d'un blanc mat dû à l'œdème dont il est infiltré. La région est refoulée en bas par la tête qui est complètement sortie du détroit inférieur. Il en résulte une énorme tumeur située entre les jambes de la femme. La tête est recouverte complètement par ce périnée qui est très long et très distendu. L'anus est béant. L'orifice vulvaire est très petit, de la largeur d'une pièce de cinq francs, il est complètement horizontal et c'est de la commissure postérieure de la vulve que part la tumeur formée par la tête recouverte du périnée.

Au toucher on est frappé par la dureté toute spéciale de l'anneau vaginal. On sent, en effet, cet anneau très résistant qui remonte jusqu'au niveau du pubis. Cette résistance est telle pendant les contractions utérines que les doigts sont pour ainsi dire broyés entre la tête et cet anneau. Cette tête poussée par les contractions utérines et rencontrant la

résistance du périnée ne pouvait se défléchir puisque l'anneau vaginal ne voulait pas céder.

La femme est transportée à la maternité, nous la chloroformons et avec les ciseaux droits, nous faisons une petite incision au niveau de la fourchette, puis nous la prolongeons obliquement à droite et à gauche de façon à passer en dehors du sphincter. La tête se dégage aussitôt spontanément et le tronc est facilement extrait. Enfant mort de 3.600 gr.

Nous examinons alors les organes génitaux de la femme et constatons qu'il existe une perforation recto-vaginale. Cette perforation est irrégulière ; elle a environ trois centimètres de diamètre ; elle siège sur la ligne médiane à un centimètre environ au-dessus du sphincter. En ce point, la muqueuse vaginale est également déchirée et la déchirure remonte assez haut dans le vagin. Les parties sectionnées par les ciseaux sont de chaque côté de la déchirure recto-vaginale.

La suture immédiate est pratiquée, mais le surlendemain des matières passent par le vagin. Tous les fils sont retirés. Il y a élimination des tissus sphacelés.

Au bout de seize jours, la fistule est complètement fermée et on fait la restauration du périnée. La guérison est complète.

La dystocie fut bien due au releveur de l'anus. Nous lisons, en effet, dans cette observation qu'il y a une dureté toute spéciale de l'anneau vaginal. De plus l'orifice vulvaire est horizontal. C'est bien là un des modes d'action du releveur qui rapproche quelquefois de la symphyse toute la paroi postérieure du vagin rendant ainsi cet orifice horizontal au lieu de vertical. Enfin cet anneau rigide pouvait être suivi jusqu'au pubis qui est un des points d'insertion du releveur.

OBSERVATION V

(Gaujon, résumée)

Mme X... primipare de constitution vigoureuse est sans antécédents névropathiques héréditaires et personnels. Mariée il y a un an, les rapports sexuels ont toujours été douloureux depuis le début du mariage.

La grossesse a évolué normalement. Appelée au huitième mois, je constate que la tête est fixée mais non engagée. J'ai voulu alors explorer le bassin, mais à peine mon index seul bien vaseliné arriva-t-il au contact de l'orifice vulvaire que Mme X... poussa un cri de douleur et arrêta ma main. Après l'avoir rassurée, j'introduisis lentement l'index à travers l'orifice vulvaire. Mon doigt fortement serré par cet orifice s'engagea ensuite à travers un véritable tunnel étroit, formé par la contracture des muscles coccy-périnéaux et c'est à peine si au bout de ce tunnel son extrémité put atteindre le col. Mme X... n'avait pas cessé de se plaindre pendant tout le temps de l'examen. J'eus la sensation que le non engagement était dû à la contracture des muscles. Le spasme était étendu aux divers faisceaux des releveurs. Ce vaginisme avait pris naissance lors des premiers rapports sexuels et s'était aggravé pendant la gestation.

Au moment de l'accouchement, les contractions utérines étaient très douloureuses. Le toucher pratiqué avec beaucoup de douceur, mais très douloureux, me permit de constater les mêmes signes qu'un mois plus tôt. Les bords du col utérin étaient minces, souples mais horriblement douloureux. La tête n'était pas encore descendue, retenue par la saillie formée par les muscles contracturés.

A 9 heures du soir, la femme souffrait beaucoup, elle paraissait très fatiguée. Je lui fis respirer du chloroforme à petites doses et continuai ainsi pendant plusieurs heures.

A quatre heures du matin je pratiquai un toucher sous chloroforme : la situation était toujours la même, mais la

dilatation progressait. Jusqu'à onze heures du matin, je continuai à donner du chloroforme. Les muscles étaient toujours contracturés, la tête était un peu descendue.

A trois heures et demie, la dilatation était complète, je rompis la poche des eaux ; la tête en partie descendue dans l'excavation était manifestement retenue par les muscles contracturés. La femme était fatiguée, les bruits du cœur fœtal un peu précipités, je me décidai à faire une application de forceps en G. A. L'introduction des branches fut facile mais je dus exercer des tractions fortes et soutenues sur le palonnier pendant cinq minutes environ pour arriver à vaincre la sangle musculaire qui retenait la tête. L'extraction fut ensuite facile. Enfant vivant de 3.380 gr.

A l'examen des voies génitales pratiqué après l'accouchement, on s'aperçut que la paroi postérieure du vagin était déchirée à droite sur une hauteur de quatre à cinq centimètres. Il existait aussi une déchirure incomplète du périnée.

Sutures immédiates, guérison.

Nous publions cette observation quoiqu'il n'y ait pas eu rupture de la cloison recto-vaginale. Elle fut cependant ébauchée puisqu'il y eut une déchirure de la paroi postérieure du vagin, déchirure indépendante de la déchirure périnéale.

OBSERVATION VI

(Dolérís et Lenoble, résumée)

Une jeune primipare à santé débile depuis son enfance et à tempérament hystérique très prononcé entre à la Pitié le 6 février 1897. L'état général de cette chlorotique est assez mauvais ; il existe au sommet droit des signes non douteux de tuberculose. Le ventre est normalement développé et contient un fœtus en O. I. G. A. Le bassin est normal.

Il existe un vaginisme intense.

Le 15 mars à dix heures, apparition des douleurs, dilata-

tion complète à six heures du soir ; tête dans l'excavation en O. P. Elle cesse de progresser par suite de la résistance du périnée. Vingt minutes plus tard on chloroformise la malade et on fait une application de forceps. On ne constate qu'une légère déchirure du périnée : deux points suffisent à la fermer.

Deux jours après, des gaz passent par le vagin. Le 18 on voit sortir des matières par cette voie, et le lendemain par la déchirure périnéale qui n'a point repris, on peut voir une solution de continuité de trois centimètres qui s'enfonce dans le vagin, sectionne la paroi vaginale postérieure à gauche de la colonne correspondante et met à nu la paroi antérieure du rectum. En ce point du rectum, à gauche de la ligne médiane et à deux centimètres au dessus du sphincter resté intact existe une fistule de la dimension d'une pièce de vingt centimes. Légère hyperthermie pendant trois jours.

Le 29 mars on pratique la cure radicale de la fistule avec réfection du périnée. Lors de l'ablation des fils, la restauration était complète sauf une fistulette recto-périnéale qui fut d'ailleurs rapidement oblitérée.

OBSERVATION VII

(MM. Péry et Guyot, résumée)

Le 21 décembre 1909, nous accouchions une de nos clientes, Mme G..., âgée de vingt-trois ans, parvenue sans encombre au terme d'une première grossesse. Celle-ci avait évolué dans les meilleures conditions : la présentation était bonne, le sommet engagé ; en somme tout semblait nous promettre un travail normal à tous égards.

Cependant, au cours même de la grossesse, en pratiquant à plusieurs reprises le toucher, nous avions été frappé du peu d'étoffe présenté par le canal vaginal :

Le toucher était toujours mal supporté, le vagin paraissait

étroit, le releveur rigide ; ajoutons qu'il s'agissait d'une femme déjà un peu obèse, malgré son jeune âge et que le fœtus paraissait d'un volume manifestement supérieur à la normale.

Le travail marcha avec une extrême rapidité puisque appelé auprès de ma cliente trois heures après le début des contractions douloureuses, je trouvai la dilatation à peu près complète. Le temps de tout préparer, de rompre les membranes et en quelques douleurs la rotation s'effectua (Il s'agissait d'un O. I. G. A.). J'attendais donc avec confiance une terminaison qui ne pouvait manquer d'être rapide, lorsqu'en pratiquant l'auscultation, je constatai que brusquement les bruits du cœur fléchissaient en même temps que le liquide amniotique prenait une teinte verdâtre. L'enfant souffrait évidemment et bien que les contractions intenses me fissent espérer une expulsion rapide je crus prudent d'intervenir immédiatement par une application de forceps. Je pensai qu'il devait exister une circulaire du cordon que la descente de la tête serrait de plus en plus et que cette constriction pouvait à un moment donné devenir fatale au fœtus.

La malade étant endormie et mise en position obstétricale, je pratiquai sur la tête en O. P., à la partie inférieure de l'excavation une application de forceps ; celle-ci absolument correcte ainsi que je pus m'en assurer après la sortie de la tête. L'extraction fut faite avec lenteur, suivant les principes classiques en ayant soin de bien fixer la nuque sous la symphyse avant de commencer le mouvement de déflexion et je pus ainsi extraire sans à-coups et, j'insiste particulièrement sur ce fait, sans déchirure aucune du périnée un garçon de 4.680 gr. ayant un circulaire serré autour du cou. Cet enfant un peu étonné d'abord, ne tarda pas à crier vigoureusement.

Assez satisfait, je l'avoue, je vérifiai en y regardant de plus près l'intégrité du périnée et après une délivrance na-

turelle et complète, je quittai ma malade, persuadé que tout allait marcher pour le mieux.

Il en fut ainsi pendant deux jours, mais le troisième jour, la garde en donnant un lavement s'aperçut que tout le liquide contenant en suspension des matières fécales passait par l'orifice vulvo-vaginal : il existait donc manifestement une communication recto-vaginale.

Celle-ci n'était pas difficile à trouver : en pratiquant le toucher vaginal, je constatai à 3 centimètres à peine de l'orifice vaginal une large brèche par où deux doigts passaient facilement dans le rectum et venaient ressortir par l'orifice anal. La déchirure était à peu près verticale, remontant le long de la paroi postérieure du vagin sur une étendue de 4 centimètres environ.

La guérison sembla d'abord se faire spontanément puis à la suite d'un effort la cicatrice qui s'était formée sur presque toute la longueur de la plaie céda et il n'y eut plus dès lors aucun progrès vers la cicatrisation.

Une intervention fut faite par M. Guyot qui fit une périnéotomie. Les bords de la fistule furent avivés puis suturés, une myorraphie des releveurs fut faite. La paroi vaginale fut suturée à son tour et une périnéorraphie termina l'opération. La réunion s'est faite par première intention et la malade est actuellement complètement guérie. Elle a eu un second accouchement trois ans plus tard, sans aucune déchirure.

Dans cette observation, le mot vaginisme n'est pas écrit, Nous notons cependant que le toucher était toujours mal supporté, le releveur rigide. Ce sont bien là des symptômes de vaginisme.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous allons diviser ce chapitre en trois parties :

1° Traitement étiologique.

2° — prophylactique.

3° — curatif.

1° Traitement étiologique.

Ce sera celui du vaginisme. Chaque fois qu'on aura à examiner pendant la grossesse une femme atteinte de contracture de ses muscles périnéaux, il faudra chercher la cause de cette contracture et la traiter. Cette cause est souvent difficile à dépister : petite fissure ou éraillure cachée entre deux plis de la muqueuse. Il faudra faire un examen très attentif et très patient et traiter énergiquement la plus petite lésion constatée. Il faudra aussi instituer un traitement en rapport avec l'état névropathique quelquefois constaté. Enfin au moment de l'accouchement, il faudra toujours être sur ses gardes et penser à la possibilité d'une rupture de la cloison recto-vaginale, même si la femme semble être guérie de son vaginisme.

2° Traitement prophylactique.

Il est très facile à énoncer : chloroforme et forceps. Nous y ajouterons tout à l'heure le ballon de Champetier de Ribes.

« Un des avantages généralement attribués à l'éther et au chloroforme, écrivait Cazeaux en 1856, c'est de diminuer la résistance offerte par le périnée, de faciliter dès lors l'expulsion du fœtus et de prévenir presque sûrement les déchirements dont il est si souvent le siège dans l'accouchement. »

« La résistance des muscles du périnée, écrit encore Cazeaux, est une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps. Sur dix applications, neuf sont pratiquées dans le but d'extraire une tête arrêtée depuis quatre, cinq, sept heures par le plancher du bassin. »

Davet, dans sa thèse, a pu réunir quelques observations de dystocie due au releveur de l'anus. Chaque fois chloroforme et forceps furent employés avec succès : il n'y eut aucune lésion des parties maternelles.

Schwab a résumé ainsi la conduite à tenir : « En cas d'inertie utérine, on peut attendre assez longtemps après la dilatation complète : on interviendra quand les modifications des bruits du cœur fœtal appelleront l'attention sur le danger couru par l'enfant.

« En cas de résistance des parties maternelles, au contraire, il faut être interventionniste plus rapidement. Les contractions utérines étant fortes, il faut craindre l'épuisement de la femme, la compression intense des parties molles avec ses conséquences, la mort de l'enfant. »

Nous pouvons ajouter que l'on peut craindre la rupture de la cloison recto-vaginale et même la rupture centrale du périnée et la rupture utérine.

Malheureusement la contracture musculaire ne cède pas toujours sous l'influence du chloroforme. L'observation de Benicke en fait foi, ainsi que plusieurs de celles que nous avons réunies. Dans celle de Gaujon, malgré une narcosé très prolongée, il y eut une déchirure de la paroi postérieure du vagin.

Aussi nous pensons que de même que dans la présentation du siège on utilise le ballon de Champetier de Ribes

mis dans le vagin entre dilatation de cinq francs et petite paume pour faire une dilatation préœtale des voies génitales, il serait indiqué de l'utiliser aussi dans les cas de résistance anormale du périnée.

Ce ballon, mis au même moment que pour le siège, empêcherait la tête fœtale de venir par trop distendre la cloison recto-vaginale et de plus, étant bien orienté de par sa partie externe, il dilaterait la partie inférieure, rétrécie, du vagin sans avoir aucune tendance à passer au travers de la cloison recto-vaginale.

3° Traitement curatif.

Dans l'observation de Jeannin, dans celle de Piering, la guérison fut spontanée malgré les grandes dimensions de la rupture. Il en fut de même dans une de Bar et il est probable que la première malade de M. Péry aurait guéri spontanément sans l'effort malencontreux pendant lequel elle sentit sa cloison se déchirer de nouveau.

Il ne faut cependant pas statuer sur une pareille éventualité et intervenir chaque fois que possible. Cette intervention sera la suture de chacune des deux parois rompues.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures de la cloison recto-vaginale sont le plus souvent dues à du vaginisme ou au moins à un développement exagéré du releveur de l'anus.

2° Le traitement prophylactique, donnant souvent de bons résultats mais non toujours, est la narcose chloroformique, le forceps et le ballon de Champetier de Ribes.

3° Le traitement curatif est la suture immédiate.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

Vu : *Le Doyen,*

D^r MAURICE RIVIÈRE.

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juillet 1923.

Le Recteur de l'Académie :

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — Etiologie des déchirures périnéales. Thèse Bordeaux 1904-1905.
- AUDRY. — Sur les dysparennies vulvo-vaginales. Province médicale, Paris 1913.
- AUVARD. — Traité d'accouchements.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAREAU. — Essai sur le traitement immédiat des perforations recto-vaginales inférieures. Thèse Paris 1895-96.
- BENICKE. — Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynæk. 1878.
- BILBILIS. — Contribution à l'étude des déchirures recto-vaginales. Thèse Paris 1894-95.
- BONNAIRE. — Du périnée obstétrical. Gazette des Hôpitaux, 1891.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie.
- BRINDEAU. — Deux cas de dystocie dus à la résistance de l'orifice vaginal. Progrès médical, 1895.
- BUDIN. — Obstétrique et gynécologie.
— Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Progrès médical, 1879.
— Le releveur de l'anus chez la femme. Progrès médical, 1881.
- CARRIÈRE. — Du vaginisme. Thèse Montpellier, 1892.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.
- DAUDE. — De la contracture spasmodique du sphincter vaginal. Thèse Paris, 1880.
- DAVET. — De la dystocie due au releveur de l'anus. Thèse Paris, 1899-1900.
- DELCROIX. — Rupture centrale du périnée. Thèse Paris, 1890-91.
- DEVRAIGNE et DESCOMPS. — In Bar, Brindeau et Chamberlent.
- DOLÉRIS et LENOBLE. — Rupture du sinus retro-péritonéal et per-

- foration recto-vaginale. Bull. et Mém. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1897.
- P. DUBOIS et PAJOT. — Traité complet de l'art des accouchements.
- DUBOIS. — Contribution à l'étude du vaginisme. Thèse Bordeaux, 1890.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à la pratique des accouchements.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
- FREUND. — In Ludwig.
- GAUJON. — Vaginisme, arrêt de la tête fœtale, forceps. Comptes-rendus de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1910.
- GILLARD. — Contribution à l'étude du vaginisme. Thèse Paris, 1884.
- JASPER CARGILL. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1893.
- JEANNIN. — De la guérison spontanée des déchirures recto-vaginales au cours de l'accouchement. L'Obstétrique, 1909.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.
- LUDWIG. — Déchirures du vagin pendant l'accouchement. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1901.
- LUTAUD. — Thèse Paris, 1874.
- MARION SIMS. — Obstet. transact. Londres, 1862.
- MAYGRIER. — Des lésions de la cloison recto-vaginale. L'Obstétrique, 1899.
- MICHAELIS. — In Ludwig.
- PÉRY et GUYOT. — Sur un cas de déchirure recto-vaginale sans lésion vulvo-périnéale. Journal de Médecine de Bordeaux, 1911.
- PÉRY. — Déchirure de la cloison recto-vaginale au cours de l'accouchement sans déchirure du périnée. L'Obstétrique, 1923.
- PIERING. — Journal d'accouchements. Liège, 1892.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- REVILLOUT. — Gazette des Hôpitaux, 1874.
- TRIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'accouchements.
- RICHELOT. — Etiologie du vaginisme. Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1908.

ROUVIER. — Des ruptures de la cavité du vagin. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912.

SALLÉ. — Contribution à l'étude des déchirures du vagin survenant pendant l'accouchement. Thèse Paris, 1893.

SCANZONI. — Traité pratique des organes sexuels de la femme.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

VARNIER. — Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. Thèse Paris, 1888.

VISCA. — Du vaginisme. Thèse Paris, 1870.

BERGERAC. — IMP. GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)

PLACE DES DEUX-CONILS
